

Application Rec'd: _____

Interview Date: _____

Data Entered: _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTE

ARTS. A Reason To Survive (Una Razón Para Vivir), está dedicado a proporcionar, apoyar y promocionar programas de arte que curan, inspiran y empoderan a la juventud en momentos de adversidad.

Procedimiento De Solicitud

Este formulario debe ser completado por el padre/tutor del estudiante solicitante. Se requiere un formulario por cada estudiante.

- 1 Iniciales y firma en las secciones "Participación, Liberación y Consejo".
- 2 Complete el formulario lo mejor que pueda. *Si necesita ayuda o clarificación en el proceso, por favor contacta a ARTS.*
- 3 Por favor agregue una carta de recomendación firmada por un terapeuta, consejero, médico o maestro describiendo los desafíos del estudiante y explicando cómo él o ella puede beneficiarse de su participación en ARTS.

Cuando haya completado los tres pasos, por favor mande el "FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA ESTUDIANTE" y la carta de recomendación, por correo electrónico a adavies@areasontosurvive.org, o déjelo en mano o envíelo por correo postal a:

A Reason To Survive

c/o Andrea Davies, ARTS Program Manager
200 East 12th Street. National City, CA 91950

Andrea lo contactará para fijar una cita para hablar sobre su solicitud y colocar al estudiante.

PARTICIPACION, LIBERACION, Y CONSEJO

Permiso Para Participar _____

Yo, el firmante abajo, consiento que mi hijo participe en el Programa de ARTS. Estoy de acuerdo en eximir de toda responsabilidad a A Reason to Survive por cualquier pérdida o gasto, incurrido o sufrido como consecuencia de cualquier acción o acciones, demanda o demandas, en derecho o equidad, que pueda ser presentada por cualquier persona o personas relacionadas con, o con referencia a, la administración, planificación, preparación, desarrollo, conducción y ejecución del Programa de ARTS.

Politica De Cancelacion _____

Estoy de acuerdo en dejar y recoger a mi hijo a las horas programadas. Si por alguna razón mi hijo no puede asistir, llamaré a la línea de cancelación de ARTS al (619) 297-2787 ext. 2009, 24 horas antes. Reconozco que la inscripción de mi hijo en el Programa de ARTS supone un compromiso para los empleados y voluntarios de ARTS. Entiendo que cuando cancele una clase de mi hijo con ARTS, ARTS debe reorganizar compromisos previos, para servir a los demás niños de una manera aceptable. Soy consciente de que un máximo de tres cancelaciones puede hacer que ARTS no pueda conservar la plaza de mi hijo en el Programa para el resto del semestre.

Liberacion De Informacion / Archivos _____

Yo, el firmante abajo, autorizo a ARTS para que mi hijo complete una encuesta confidencial sobre sus actitudes, aprendizajes y opiniones como parte de una evaluación del Programa. Entiendo que la información obtenida se analizará estadísticamente y que el nombre de mi hijo permanecerá oculto por razones de confidencialidad. Entiendo que esta información, además de la encuesta, formará parte de un programa más amplio de evaluación, y sólo el equipo de evaluación y el personal del Programa tendrán acceso a esta información confidencial.

Consentimiento Medico _____

Entiendo que hay algunos riesgos inherentes a las actividades que se incluyen en el Programa y voluntariamente asumo estos riesgos para permitir que mi hijo participe. Si no puedo ser contactado en caso de emergencia, doy permiso para cualquier atención o tratamiento por un médico, cirujano, hospital, enfermera, asistente del médico o centro de atención médica que se requiera.

Transporte _____

Entiendo perfectamente que el personal del Programa puede transportar a mi hijo en un vehículo de ARTS desde y hasta diferentes actividades. Libero y eximo de responsabilidad a ARTS por cualquier pérdida o gasto incurrido o sufrido como consecuencia de cualquier acción o acciones, demanda o demandas, de derecho o equidad, que pueda ser presentada por cualquier persona o personas relacionadas con, o con referencia a, la administración, planificación, preparación, desarrollo, realización y ejecución del Programa de ARTS.

Fotografía _____

Comprendo perfectamente que el trabajo artístico de mi hijo puede mostrarse en la comunidad y mi hijo podría estar en contacto con la prensa en eventos o exposiciones. También, puede ser necesario que el personal del Programa fotografíe o grabe el programa juvenil para anunciar ARTS o para otras razones. Doy permiso para que el personal del Programa grabe o fotografíe a mi hijo. Entiendo que ARTS sólo usará el nombre de mi hijo, no el apellido.

Autorización De Liberación Para Joven No Acompañado _____

Una de las políticas del programa ARTS es que el niño debe ser recogido por un padre, tutor u otra persona autorizada. Esto se hace para proteger a su hijo. Sin embargo, si usted quiere que su hijo salga por sí mismo para tomar el autobús, caminar, ir en bicicleta, etc. usted puede solicitar una excepción a esta política.

Doy permiso para que mi hijo deje ARTS sin ser acompañado. Entiendo que ARTS no es responsable de asegurar que mi hijo llegue a casa con seguridad.

NO doy permiso para que mi hijo se vaya sólo de ARTS. _____

Lista de los adultos autorizados para recoger a mi hijo:

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y ACEPTO ASUMIR TODOS LOS RIESGOS.

Nombre del Estudiante

Firma del Padre o Tutor

Fecha

ESTUDIANTE

Nombre: _____ Apellido: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Género: Femenino Masculino

PADRE/TUTOR

Nombre: _____ Apellido: _____
Relación: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre del Contacto Principal: _____
Relación: _____
Teléfono: _____ Domicilio: _____
Nombre del Contacto Secundario: _____
Relación: _____
Teléfono: _____ Domicilio: _____

En una emergencia, el personal de ARTS tiene mi permiso para obtener tratamiento para el estudiante mencionado arriba en la sala de emergencias del hospital

Firma del Padre/Tutor

Fecha

ATENCIÓN MEDICA

¿El estudiante tiene alguna alergia conocida? Por favor, escriba todas las alergias: _____

Nombre del Médico de Atención Primaria: _____ Teléfono: _____
Preferencia de Hospital: _____

EDUCACIÓN DEL ESTUDIANTE

Grado Corriente: _____ Escuela: _____
¿Es el estudiante multilingüe? Yes No En caso afirmativo, indique el idioma(s) _____

ETNICIDAD

Por favor marque todas las cajas que correspondan con el origen étnico del estudiante:

Africano Americano Nativo de Alaska Asiático Caucásico/Blanco Hispano/Latino Nativo Americano
 Isla del Pacífico No quiero contestar Otro (*por favor especificar*): _____

ARTS A Reason To Survive no discrimina por razones de raza, origen étnico, religión, edad, sexo, discapacidad u orientación sexual.

INTERES

¿Cuáles son las áreas que más interesan al estudiante?

- | ARTES VISUALES | MUSICA | ARTES ESCÉNICAS | ARTE DIGITAL | ARTES LITERARIOS | ARTE INDUSTRIAL |
|--|---|---------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pintura | <input type="checkbox"/> Instrumentos | <input type="checkbox"/> Baile | <input type="checkbox"/> Diseño Gráfico | <input type="checkbox"/> Poesía | <input type="checkbox"/> Construcción de Madera |
| <input type="checkbox"/> Mosaics | <input type="checkbox"/> Voz | <input type="checkbox"/> Teatro | <input type="checkbox"/> Fotografía | <input type="checkbox"/> Escritura Creativo | <input type="checkbox"/> Construcción de Metal |
| <input type="checkbox"/> Imprenta | <input type="checkbox"/> Grabación/Mixing | | <input type="checkbox"/> Diseño de Web | | |
| <input type="checkbox"/> Escultura | | | <input type="checkbox"/> Cinema | | |
| <input type="checkbox"/> Cerámicas | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Arte Visual General | | | | | |

EXPERIENCIA

Si su hijo ya participó en ARTS y va a regresar, por favor indique su fecha de inicio con ARTS (la primera vez): _____

Por favor, describa la experiencia artística previa del estudiante (artes visual, audiovisuales, artes escénicas, música, ect.):

Por favor escriba cualquier desafío o casos de éxito relacionados con la participación de su hijo en el Programa de ARTS

OBSTÁCULO

Para calificar a los programas de ARTS, jóvenes deben estar frente a uno de los siguientes obstáculos. Marque todos los que apliquen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Califica para recibir almuerzos gratis o precio reducido en la escuela | <input type="checkbox"/> Vive cerca de pandillas | <input type="checkbox"/> Problemas Físicos/Médicos |
| <input type="checkbox"/> Sin hogar | <input type="checkbox"/> Padres en Fuerzas Armadas | <input type="checkbox"/> ADHD/ADD |
| <input type="checkbox"/> Familia Adoptiva | <input type="checkbox"/> Retos Sociales | <input type="checkbox"/> Autismo |
| <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica | <input type="checkbox"/> Inmigrante | <input type="checkbox"/> Vive en alojamiento "Section 8" |
| <input type="checkbox"/> Duelo | <input type="checkbox"/> Refugiado | <input type="checkbox"/> Salud Mental/Problemas Emocionales |
| <input type="checkbox"/> Superviviente de Violencia | <input type="checkbox"/> Retos Conductuales | <input type="checkbox"/> Superviviente de Lesión Traumática |
| | <input type="checkbox"/> Encarcelamiento | <input type="checkbox"/> Otros factores/Temas Familiares |
| | <input type="checkbox"/> Terminal o Enfermedad Crónica | <input type="checkbox"/> Otro |

Información adicional en relación a los retos del estudiante que pueda servirle a ARTS apoyar a el estudiante mejor:

(Agradecemos su tiempo en completar esta aplicación.)